

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новый препарат для местной анестезии «АЛЬФАКАИН СП» характеризуется следующими положительными качествами: быстрое наступление терапевтического эффекта, высокая эффективность обезболивания, практически полное отсутствие нежелательных местных и общих аллергических реакций и достаточная для выполнения лечебных манипуляций длительность действия.

Однако не стоит исключать возможность возникновения психогенных и ваго-вагальных реакций.

В клиническом исследовании на терапевтическом приеме АЛЬФАКАИН СП оказался более эффективен по сравнению с другим артикаинсодержащим препаратом «Артикаин 4%-й Инибса СА».

Препарат «АЛЬФАКАИН СП» подходит как для инфильтрационной, так и для более глубокой проводниковой анестезии. Эти характеристики позволяют рекомендовать препарат для использования в клинической терапевтической стоматологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грицук С. Ф. Анестезия в стоматологии. — М.: Мед. информ. агентство, 1998.
2. Петрикас А. Ж. Обезболивание в терапевтической стоматологии. — М., Тверь, 1992.
3. Сегень И. Т., Колос Г. А., Медко В. П. Местная анестезия в стоматологии: проблемы и опыт. — Волгоград: Перемена, 1999.
4. Baluda J. C., Casamayou R., Carozzi E., et al. // Allergol. Immunopathol (Madr). — 2002. — № 30 (1). — P. 14—19.

С. В. Дмитриенко, И. В. Фоменко, Д. С. Дмитриенко, Н. Н. Климова

Кафедра стоматологии детского возраста ВолГМУ

ПРИМЕНЕНИЕ «КОЭФФИЦИЕНТА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ» ДЛЯ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

УДК 616.315 — 007.254

Высококвалифицированная командная помощь детям с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба способствует ранней полноценной реабилитации данной категории пациентов. Разработка и применение «Кoeffициента эффективности комплексной реабилитации» позволит достоверно оценивать результаты лечения больных с указанной патологией и улучшить качество многоэтапной диспансеризации.

Ключевые слова: расщелина губы и неба, ортодонтическое лечение, челюстно-лицевая хирургия, логопедическое лечение.

S. V. Dmitrienko, I. V. Fomenko, D. S. Dmitrienko, N. N. Klimova

APPLICATION OF «EFFECTIVENESS FACTOR OF COMPLEX REHABILITATION» TO ANALYSIS OF RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH CONGENITAL UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE

A high quality team help to children with congenital unilateral cleft lip and palate promotes early high-grade rehabilitation of the given category of patients. Development and application «Effectiveness Factor of Complex Rehabilitations» will allow us to estimate authentically the results of treatment of patients with the specified pathology and to improve quality prophylactic medical examinations.

Key words: cleft lip and palate, orthodontic treatment, maxillofacial surgery, logopedic treatment.

Качество реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба определяется на основе оценок тех специалистов, которые участвуют в процессе реабилитации и определены соответствующим стандартом: челюстно-лицевого хирурга, врача-ортодонта, логопеда и других специалистов, в частности лор-врача и педиатра. На этапах диспансерного наблюдения по показаниям возможно проведе-

ние дополнительных медико-педагогических консилиумов, коррекция плана реабилитации, привлечение специалистов по вопросам консультирования: правового, психологического, социальной безопасности.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработка «Кoeffициента эффективности комплексной реабилитации» для анализа резуль-

татов многоэтапного лечения пациентов с расщелиной верхней губы и неба.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами предложено рассчитывать «Коэффициент эффективности комплексной реабилитации» (КЭКР) пациентов:

$$КЭКР = \frac{ЭРХ + ЭРО + ЭРЛ + \frac{ЭРС_1 + ЭРС_2 + \dots + ЭРС_n}{n}}{4}$$

где ЭРХ — эффективность работы врача челюстно-лицевого хирурга; ЭРО — эффективность работы врача-ортодонта; ЭРЛ — эффективность работы педагога логопеда; ЭРС — эффективность работы остальных специалистов, принимающих участие в работе центра, независимо от их количества и степени участия; n — количество специалистов центра диспансеризации, принимавших участие в оценке состояния здоровья пациента.

ТАБЛИЦА 1

Шкала балльной визуально-ранговой оценки состояния челюстно-лицевой области врачом-ортодонтом

Кол-во баллов	Морфологические, функциональные и эстетические признаки челюстно-лицевой области
91–100	Физиологическая окклюзия (сохранены 6 ключей окклюзии Эндрюса); интактные зубы; полный комплект зубов, соответствующий возрастной норме; нейтральный тип роста челюстей; функциональный и эстетический оптимум.
81–90	«Оптимальная функциональная» окклюзия; субкомпенсированная форма кариеса, аномалии структуры твердых зубов (состояние после санации полости рта и реставрационной терапии), дефекты зубных рядов, замещенные постоянными протетическими конструкциями.
71–80	«Оптимальная функциональная» окклюзия; декомпенсированная форма кариеса, аномалии структуры твердых зубов (состояние после санации полости рта и реставрационной терапии), дефекты зубных рядов, замещенные временными протетическими конструкциями.
61–70	Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов; дефекты твердых тканей зубов и дефекты зубных рядов, не восстановленные протетическими конструкциями, краудинг передних зубов верхней или нижней челюсти, нарушение углов инклинации и ангуляции антагонистов.
51–60	Аномалии формы и размеров зубных дуг, постоперационные вторичные деформации, дефекты твердых тканей зубов и дефекты зубных рядов, не восстановленные протетическими конструкциями.
41–50	Аномалии окклюзии в одном из направлений (сагиттальном, трансверсальном, вертикальном), дефекты твердых тканей зубов и дефекты зубных рядов, не восстановленные протетическими конструкциями; функциональные нарушения (снижение эффективности жевания, тонуса мышц).
31–40	Сочетанные аномалии окклюзии (зубо-альвеолярные формы), наличие кариозных и разрушенных зубов, функциональные нарушения; нарушение эстетического оптимума (лицевые признаки патологии в различном направлении), несогласованная улыбка, буккальные коридоры.
21–30	Гнатические формы аномалий окклюзии; нарушение функций жевания, речи, дыхания; снижение тонуса жевательной и мимической мускулатуры, несогласованность жевательных движений, нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава.
11–20	Сочетанные формы аномалий окклюзии (гнатические и зубо-альвеолярные); нарушения функциональных и эстетических норм, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, дефекты зубов и зубных рядов.
0–10	Вторичные и выраженные деформации челюстных костей и костей лица; сочетанные формы аномалий окклюзии в различных направлениях, множественные и комбинированные дефекты зубных рядов, выраженные нарушения функциональных и эстетических норм.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Следует отметить, что у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба нередко встречаются аномалии отдельных зубов (размера, формы, структуры, цвета), отмечается несоответствие размеров зубов параметрам челюстей и кранио-фациального комплекса, несоответствие зубных дуг верх-

Эффективность работы любого специалиста (ЭРС) мы оценивали по коэффициенту, равному процентному отношению разницы комплексной оценки состояния здоровья пациента после лечения и до лечения (КОСЗ) на комплексную оценку состояния здоровья пациента после проведенного лечения:

$$ЭРС = \frac{(КОСЗ \text{ после лечения} - КОСЗ \text{ до лечения}) \times 100}{КОСЗ \text{ после лечения}}$$

Комплексная оценка состояния здоровья пациента оценивается по шкале балльно-рейтинговой оценки морфологического, функционального и эстетического состояния челюстно-лицевой области, проводится отдельно каждым специалистом, с максимальным количеством баллов, равным 100.

Примерная шкала балльно-рейтинговой оценки эффективности работы врача-ортодонта приведена в табл. 1.

ней и нижней челюсти. Поэтому после комплексной реабилитации сложно создать окклюзионные взаимоотношения, соответствующие признакам физиологической окклюзии, предложенные Персиным Л. С., тем более с созданием 6 ключей окклюзии Эндрюса. При лечении основной и сопутствующей патологии у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба удаляют отдельные зубы по ортодонтическим показа-

ниям, реставрируют аномальную форму зубов и создают оптимальные окклюзионные взаимоотношения, которые обеспечивают функциональный оптимум челюстно-лицевой области.

В связи с этим нами предложен термин «оптимальная функциональная» окклюзия. К основным признакам «оптимальной функциональной» окклюзии мы относили такие взаимоотношения, при которых:

- зубы верхней челюсти перекрывали зубной ряд нижней челюсти;
- резцы верхней челюсти перекрывали нижние не более 1/3 высоты коронки;
- клыки верхней челюсти контактировали со своими антагонистами и позади стоящими зубами нижней челюсти;
- при боковом смещении нижней челюсти отмечалось «клыковое ведение»;

ТАБЛИЦА 2

Шкала балльной визуально-ранговой оценки состояния челюстно-лицевой области челюстно-лицевым хирургом

Кол-во баллов	Морфологические, функциональные и эстетические признаки челюстно-лицевой области
91–100	Лицевые признаки соответствуют возрастной норме. Верхняя губа расположена впереди нижней. Фiltroм соответствует расположению средней линии лица и эстетическому центру. Дуга Купидона соответствует оптимальной индивидуальной норме. Крылья носа симметричны в трансверсальной, вертикальной и сагиттальной плоскостях. Послеоперационные рубцы мало заметны. Мягкое небо подвижное, достаточной длины.
81–90	Лицевые признаки соответствуют возрастной норме, без деформаций крыльев носа, филтрума и дуги Купидона. Определяются нежные послеоперационные рубцы. Мягкое небо подвижное, достаточной длины. Незначительное уплощение твердого неба.
71–80	Западение хрящей носа при вдохе. Незначительные изменения дуги Купидона. Выражены послеоперационные рубцы на твердом небе.
61–70	Наличие гребневидной складки в полости носа. Отклонение средней точки красной каймы губы в сторону.
51–60	Смещение кончика носа. Послеоперационные рубцы на верхней губе выступают над поверхностью кожи. Укорочение мягкого неба.
41–50	Укорочение кожного отдела носовой перегородки. Изменение дуги Купидона. Остаточные дефекты неба, диаметром до 2 мм.
31–40	Деформация хрящей крыла носа. Уплощение крыла носа и кончика носа на стороне расщелины. Изменение формы филтрума. Остаточные дефекты альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба.
21–30	Деформация наружного носа. Выраженная рубцовая деформация верхней губы. Послеоперационные дефекты, величиной более 2 см. Ротоносовое соустье.
11–20	Западение мягких и костных структур у основания крыльев носа и верхней губы. Выраженная рубцовая деформация верхней губы. Тотальные дефекты твердого неба. Вторичные деформации челюстных костей и костей лица.
0–10	Выраженная деформация костей лица. Деформация наружного носа. Дефекты мягких тканей лица и/или челюстных костей (расщелина верхней губы и/или альвеолярного отростка и/или обширные дефекты неба).

Следует отметить, что у детей с врожденной односторонней расщелиной даже после комплексного лечения отмечается незначительная асимметрия, поэтому добиться 100%-й эффективности лечения затруднительно.

Определение коэффициента эффективности работы педагога логопеда оценивалось по состоянию звукопроизношения, артикуляционной моторики, состоянию речевого выдоха и тонуса мышц языка.

Множественные проявления, наблюдаемые при ринолалии: искажение произношения звуков, тембра голоса, просодических характеристик, наполняемости словарного запаса, возможности словообразования, построения фразы и использования связной речи дают возможность адекватно оценить уровень состояния речи ребенка и выя-

- при выдвигании нижней челюсти вперед — «резцовое ведение»;
- углы ангуляции и инклинации антагонистов соответствовали индивидуальной морфологической норме.

При «оптимальной функциональной» окклюзии первые постоянные моляры могут менять свое положение в связи с удалением жевательных зубов на одной из челюстей. Нередко отмечается смещение линии «эстетического центра» между медиальными резцами, особенно после удалении одного из нижних резцов, при их индивидуальной макродентии. В то же время такие варианты окклюзии не подходят под определение «физиологической окклюзии».

Примерная шкала балльно-рейтинговой оценки челюстно-лицевого хирурга приведена в табл. 2.

вить основное звено в цепочке патологической симптоматики.

Шкала балльно-рейтинговой оценки состояния речи педагогом логопедом представлена в табл. 3.

Проанализировав состав компонентов, чаще наблюдаемых у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, приводящих к нарушению речевой функции и осложняющих ее коррекцию, считаем необходимым при оценке эффективности лечения определять степень поражения костно-мышечного аппарата, нарушения тонуса артикуляционной мускулатуры.

Аналогичным образом определялся коэффициент эффективности узких специалистов с учетом критериев и специфики специальности. Обязательным считали эффективность работы лор-врача и педиатра.

ТАБЛИЦА 3

Шкала балльно-ранговой оценки состояния речи педагогом-логопедом

Кол-во баллов	Морфологические, функциональные и эстетические признаки челюстно-лицевой области
91–100	Разборчивость речи не нарушена, артикуляция четкая, недостаточность звукопроизношения не выявляется. Артикуляционная моторика соответствует возрастной норме. Состояние речевого выдоха нормальное на фоне плавной и ритмичной речи. Тонус язычной мускулатуры соответствует возрастной норме
81–90	Разборчивость речи не нарушена, артикуляция четкая, недостаточность звукопроизношения не выявляется. Артикуляционная моторика соответствует возрастной норме. Незначительная недостаточность речевого выдоха (недоговаривает конец заданной фразы). Тонус язычной мускулатуры соответствует возрастной норме.
71–80	Негрубые нарушения отдельных согласных звуков (до трех-четырех групп). Легкая недостаточность артикуляционной моторики. Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха (нарушена плавность и ритмичность речи). Гипотония мышц языка.
61–70	Негрубые нарушения отдельных согласных звуков (до трех-четырех групп); некоторое снижение четкости артикуляции, незначительное нарушение разборчивости речи. Умеренно выраженные нарушения артикуляционной моторики. Гипотония мышц языка.
51–60	Негрубые нарушения отдельных согласных звуков (до трех-четырех групп); снижение четкости артикуляции, незначительное нарушение разборчивости речи. Умеренно выраженные нарушения артикуляционной моторики. Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха (нарушена плавность и ритмичность речи). Дистония мышц языка.
41–50	Нарушения согласных звуков (более 3 групп), гласных звуков (усредненность), нечеткость артикуляции, умеренно выраженное снижение разборчивости речи, назальный оттенок. Умеренно выраженные нарушения артикуляционной моторики. Речевой выдох короткий, нарушена синхронность дыхания.
31–40	Нарушения согласных звуков (более 3 групп), гласных звуков (усредненность), нечеткость артикуляции, умеренно выраженное снижение разборчивости речи, назальный оттенок. Выраженные нарушения артикуляционной моторики. Речевой выдох короткий, нарушена синхронность дыхания. Гипотония мышц языка.
21–30	Значительные нарушения разборчивости речи, выраженная нечеткость артикуляции. Умеренно выраженные нарушения артикуляционной моторики. Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха (нарушена плавность и ритмичность речи). Выражен назальный оттенок речи. Гипотония язычной мускулатуры.
11–20	Значительные нарушения разборчивости речи, выраженная нечеткость артикуляции. Выраженные нарушения артикуляционной моторики. Значительные нарушения речевого дыхания, нарушения голосообразования и артикуляции. Превалирование назального оттенка. Гипотония язычной мускулатуры.
0–10	Значительные нарушения разборчивости речи, выраженная нечеткость артикуляции. Выраженные нарушения артикуляционной моторики. Значительные нарушения речевого дыхания, нарушения голосообразования и артикуляции. Ринолалия тяжелой степени. Спастичность язычной мускулатуры.

К их результатам суммировались показатели других специалистов, если в этом была необходимость. Данные всех специалистов центра суммировались и выводилась средняя арифметическая четвертого показателя, который мы определяли как коэффициент эффективности специалистов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный «Коэффициент эффективности комплексной реабилитации» позволит более точно оценить результаты лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода и срока хирургического,

ортодонтического, логопедического лечения и обосновать наиболее рациональную программу диспансеризации детей с врожденной патологией лица.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов Б. Н. Хирургическое лечение врожденных пороков лица. — Тверь:РИЦ ТГМА, 2000 — 222 с.
2. Дьякова С. В., Першина М. А., Тутуева Т. А. и др. / Материалы 2 научно-практической конференции: Врожденная и наследственная патология головы, шеи и лица у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. — М: МГМСУ, 2006. — С. 77–84.